

## **ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ШЕЙНОГО И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

*Бычкова О. В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение** Ультразвуковому исследованию (УЗИ) придают важную диагностическую роль при различных заболеваниях желудка и кишечника как самостоятельному методу, так и в комплексе с другими методами исследования. В основе УЗИ лежит возможность визуализации стенки полых органов, эхоструктура которой главным образом зависит от их содержимого и величины просвета. В желудке и ободочной кишке, после предварительного введения жидкости, различается пятислойная структура, в других ситуациях она имеет вид «мишени», обусловленный гипэхогенным отражением от мышцы и гиперэхогенным — от суммационного отражения слизистой и подслизистой оболочек. Менее значимо УЗИ при исследовании других полых органов, в частности пищевода.

В соответствии с топографической анатомией пищевод не имеет сложной конфигурации, положение его отделов тесно связано с синтопией органов шеи, грудной клетки и органов брюшной полости. Шейный отдел пищевода располагается между трахеей спереди и позвоночным столбом сзади и проецируется от VI шейного до II грудного позвонка. Латерально от пищевода с каждой стороны находятся соответствующий возвратный гортанный нерв, общая сонная артерия и слева — левая доля щитовидной железы.

При стандартном УЗИ органов брюшной полости спавшийся кардиальный отдел пищевода малозаметен и обычно не является предметом внимания врача ультразвуковой диагностики. Также редко привлекает внимание специалистов и пищевод при исследовании щитовидной железы и сосудов шеи.

Имеются лишь единичные сообщения о попытках чрескожной ультразвуковой диагностики патологии пищевода при его различных заболеваниях.

**Целью** исследования является разработка методики чрескожного ультразвукового исследования шейного и кардиального отделов.

**Материалы и методы.** Обследовано 14 человек без патологии пищевода

и 12 больных коррозивным эзофагитом. Визуализация шейного отдела пищевода при чрескожном ультразвуковом исследовании осуществлялась при доступе с передней поверхности шеи в положении больного на спине или сидя лицом к исследователю. Иногда, учитывая анатомические особенности пациента, исследование осуществляли при повороте головы вправо, суть которого состоит в получении продольных и поперечных срезов. Визуализации пищевода помогала ориентация на левую долю щитовидной железы и сосудистые структуры. Акустическим окном для визуализации фрагмента шейного отдела пищевода в большинстве случаев являлась щитовидная железа. При необходимости положение и состояние шейного отдела пищевода уточняли после приема больным нескольких глотков жидкости, наблюдая за ее перемещением.

Абдоминальная часть пищевода или его нижняя треть визуализируется при ультразвуковом исследовании эпигастральной области как при горизонтальном, так и при вертикальном положении обследуемого, натощак. Кардиоэзофагеальная область на поперечном сечении визуализируется как эконегативная циркулярная структура с экзогенной центральной частью. Слизистая и подслизистая оболочки вместе формируют внутреннюю экзогенную структуру. Затем располагается гипозоженная структура мышечной оболочки, благодаря хорошо видимому отражению от мышечного слоя.

**Результаты и обсуждение.** Использование вышеописанной методики позволило визуализировать пищевод в шейном отделе у всех обследуемых и кардиальный отдел у 10 из 14 здоровых людей и у 9 из 12 больных.

В области верхней трети пищевода хорошо визуализировалась пятислойная структура стенки со следующим расположением слоёв: первый со стороны полости пищевода внутренний слой (экзогенный) соответствует границе «жидкость (газ) – стенка пищевода» и поверхности слизистой оболочки; второй слой (гипозоженный) – слизистая оболочка с собственной мышечной пластинкой; третий слой (экзогенный) – подслизистый; четвёртый слой (гипозоженный) соответствует мышечной оболочке; пятый (экзогенный) – серозной оболочке и границе «сероза-окружающая ткань». Толщина стенки пищевода в шейном отделе у здоровых людей составила 2–4 мм. Вышеописанная слоистость исчезала при наличии патологии со стороны пищевода. При коррозивном эзофагите регистрировалось утолщение стенки пищевода.

**Выводы.** Разработанная методика позволяет визуализировать фрагмент шейного отдела и кардиального отдела пищевода при чрескожном ультразвуковом исследовании.

**Литература:**

1. Бурков С.Г. Диагностическая ценность трансабдоминальной ультрасонографии в выявлении скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Sonoace Int – 1996 – № 1. – С. 11-14
2. Митьков В.В. Клиническое руководство по УЗ-диагностике. – М.: Видар, 1996. – Т. 4. – 54-57 с.
3. Трофимова Е.Ю., Колесникова Е.В., Казакевич В.И., Славнова Е.Н. Современные возможности ультразвуковой диагностики при опухолях пищевода // Визуализация в клин. мед. – 1996. – № 9. – С. 8-13